

matières fécales. Ce n'est que dans les fractures et les luxations du sacrum et du coccyx que l'on voit parfois se produire des troubles fonctionnels graves, une rétention persistante des matières fécales, des douleurs vives dans la défécation. Ces lésions du sacrum, de même que les luxations de l'os iliaque, se compliquent assez souvent d'une rupture du rectum (EARLE, SONDERHOF).

Un symptôme important c'est la **diminution de la motilité des membres inférieurs**. Il ne s'agit que très rarement d'une paralysie par lésion des nerfs. Dans quelques cas, il est vrai, le nerf sciatique était évidemment blessé; mais, le plus souvent, la paralysie n'est qu'apparente et s'explique parfaitement par la lésion des muscles et de leurs points d'insertion, ainsi que par la douleur dont s'accompagnent les mouvements des membres inférieurs.

Parfois le nerf obturateur est évidemment lésé, comme le prouvent les douleurs siégeant à la face interne de la cuisse et s'irradiant jusqu'au genou. Le muscle psoas-iliaque paraît être atteint avec une fréquence particulière; de même, il n'est pas rare d'observer des lésions des adducteurs au niveau de leurs points d'insertion. C'est sans doute à cette dernière complication qu'il faut attribuer la rotation du pied en dehors observée dans un certain nombre de cas. Il est vrai que, bien souvent, cette rotation dépend du déplacement de tout un côté du bassin fracturé, avec enfoncement des os constituant les parois de la cavité cotyloïde.

§ 6. — Bien que les détails dans lesquels nous venons d'entrer, nous montrent que les fractures du bassin sont des lésions graves par leurs complications, cependant il est bien probable qu'elles guérissent, dans la majorité des cas, sans avoir de sérieuses conséquences pour le malade. Un grand nombre de ces fractures rencontrées par hasard dans les autopsies, nous prouvent la possibilité de leur guérison avec un *cal osseux*. Les observations connues jusqu'ici ne sont pas assez nombreuses pour permettre d'établir la proportion des guérisons et des cas de mort. Cependant nous pensons n'être pas trop loin de la vérité en admettant que la fracture guérit dans les trois quarts des cas. Parmi les individus guéris, un certain nombre conservent des désordres et des troubles fonctionnels divers. La consolidation des fragments entraîne certaines déformations; l'altération de forme du bassin s'accompagne d'un allongement ou d'un raccourcissement de l'une des extrémités inférieures. Dans les cas de diastase d'une symphyse, la réunion peut ne s'opérer que d'une façon incomplète, et les mouvements restent incertains ou sont entravés tout à fait. Toutefois ces cas sont rares. Plus souvent le malade conserve des troubles de la miction; tantôt c'est un fragment osseux détaché ou un cal vicieux qui rétrécit l'urètre, tantôt le rétrécissement est dû à une cicatrisation irrégulière d'une plaie de ce conduit. Enfin dans la vessie peuvent se former des concrétions phosphatiques.

Le **traitement** commence avec le transport du blessé qui exige les mêmes précautions que celles que nous avons fait connaître, à propos des fractures de la colonne vertébrale; aussi renvoyons-nous le lecteur au chapitre consacré à ces dernières lésions. Il en est de même pour ce qui concerne la position à donner au blessé et les soins de propreté destinés à prévenir les décubitus. Lorsqu'on a affaire à une luxation, on cherche à en obtenir la réduction; s'agit-il, par exemple, d'une luxation de l'os iliaque, on exerce une traction sur l'extrémité correspondante et une pression sur la crête de l'os luxé. Les faits publiés par SALLERON prouvent, en effet, la possibilité de la réduction. Lorsque la tête du fémur a pénétré dans le bassin à la suite d'une fracture des os formant la cavité cotyloïde, on cherche à l'en retirer par des tractions sur le membre, et à maintenir la position normale de ce dernier par l'extension permanente. La déviation du coccyx pourra être corrigée à l'aide des doigts introduits dans le rectum, et il en est de même dans les cas de fracture transversale du sacrum avec flexion en avant du fragment inférieur. Quelquefois, dans cette dernière forme de fracture, on peut maintenir la réduction au moyen d'un tampon laissé à demeure dans le rectum. Mais même dans les fractures du pubis avec déplacement considérable des fragments, on peut essayer de réduire ces derniers par la voie rectale ou vaginale, à condition toutefois que l'on ne soit pas obligé de déployer une force trop grande. Quant au traitement proprement dit de la fracture, il ne peut guère consister que dans le repos du blessé. Dans le cas de diastase des symphyses, on a conseillé de maintenir le bassin serré au moyen d'une ceinture ou d'une bande. La guérison, dans les cas favorables, s'opère dans l'espace de 6 semaines à 3 mois, et généralement le blessé est alors en état de marcher.

Un point d'une grande importance, c'est le traitement des symptômes urinaires. Dans les cas légers il suffit d'introduire une sonde dans la vessie. Lorsque, malgré le cathétérisme, on voit survenir une infiltration d'urine, ou bien lorsqu'on ne parvient pas à introduire une sonde et que le périnée commence à se tuméfier, on fait une incision périnéale dans le but d'aller à la recherche du bout postérieur de l'urètre et d'y faire pénétrer une sonde qui permette l'évacuation de l'urine; c'est alors, en effet, le seul moyen dont dispose le chirurgien pour prévenir les symptômes si redoutés de l'infiltration urinaire. En ce qui concerne le traitement de cette dernière complication, nous devons renvoyer le lecteur au second volume de cet ouvrage (page 609).

2. Plaies du bassin, par armes à feu.

§ 7. — Dans la majorité des cas, les plaies du bassin par armes à feu ne pénètrent pas dans la cavité pelvienne. Abstraction faite des lésions des organes génitaux, il s'agit, avant tout, de blessures intéressant les masses musculaires. Elles ne sont point, du reste, sans danger, à cause de l'épaisseur des muscles

de la fesse, ainsi que de la possibilité de lésions vasculaires (artères fessières), lesquelles sont, en effet, relativement fréquentes. Des éclats d'obus arrachent quelquefois une grande étendue de parties molles, et produisent des plaies énormes qui souvent intéressent les artères fessières et le nerf sciatique. Quelquefois le trajet de la balle est très long et s'étend profondément dans les masses musculaires. La recherche du projectile, dans ces longs trajets, n'est pas à conseiller d'une manière générale; les muscles, en se déplaçant, changent la direction de la voie suivie par la balle, et les recherches, souvent infructueuses, sont en général plus nuisibles que la présence même du projectile; ce dernier, en effet, s'enkyste, ou bien on le retrouve plus tard sans aucune difficulté. Dans les hémorragies par les artères fessières on fera garder au blessé le repos le plus complet dans le décubitus abdominal (BECK). Si néanmoins des hémorragies secondaires se produisent coup sur coup et mettent en danger la vie du malade, on agrandira la plaie par de larges incisions, on écartera les tissus à l'aide de crochets pénétrant profondément, et l'on cherchera à pratiquer la ligature directe du vaisseau. Les difficultés sont très grandes, mais non insurmontables. J'ai vu un blessé qui, sur le point de succomber à l'hémorragie, a cependant guéri, grâce à la ligature de l'artère fessière blessée. Actuellement, avec la méthode antiseptique, une pareille opération est beaucoup moins dangereuse qu'autrefois.

Les blessures proprement dites du bassin, par armes à feu, c'est-à-dire celles qui intéressent soit les os, soit les organes pelviens, constituent naturellement toujours des lésions très graves, bien qu'elles le soient moins qu'on ne l'admettait généralement autrefois. D'après la statistique de BECK, sur 72 blessés avec plaies pénétrantes du bassin par coups de feu, 27 sont morts, ce qui correspond à une mortalité de 37, 5 0/0. Ce chiffre se rapproche de celui que FISCHER donne comme moyenne de la mortalité dans ces cas (40, 7 0/0). La lésion des os suffit déjà à expliquer la gravité de ces plaies pénétrantes. Admettons, par exemple, qu'une balle perfore l'os iliaque et suive la courbure postérieure du bassin, au-devant du sacrum, pour sortir à travers l'os iliaque, du côté opposé, ou bien supposons que le projectile pénètre au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et arrive sous le muscle iliaque sans produire d'autre désordre qu'une fracture comminutive de l'os de même nom; il est évident que des lésions de ce genre feront courir au blessé les dangers de la suppuration et de la décomposition putride dans les espaces de tissu conjonctif qui ont été ouverts par le passage du projectile. Ces espaces sont d'un accès trop difficile pour que l'on puisse donner de bonne heure au pus un libre écoulement; de même, ce n'est qu'avec beaucoup de peines et de recherches que l'on parvient à trouver et à extraire soit la balle qui peut être restée dans la plaie et qui entretient alors la suppuration, soit d'autres corps étrangers ou des fragments osseux frappés de nécrose. Toutes les opérations qui ont pour but l'évacuation du pus, la recherche et l'extraction des corps étrangers en question, font courir au malade le danger d'une blessure du péritoine, des gros vaisseaux, etc. Grâce à ces difficultés opératoires, on voit souvent, lorsque la mort ne survient pas de bonne heure, la suppuration persister pendant plus d'une année, et le blessé finit par succomber soit à la fièvre hectique, soit à une pyémie développée tardivement.

A ces dangers que font courir déjà les formes les plus simples de blessures

du bassin par armes à feu, s'en ajoutent d'autres résultant de lésions concomitantes de parties importantes du contenu pelvien. Tantôt il s'agit d'une lésion des gros vaisseaux, tantôt la balle traversant l'espace rétro-péritonéal, a blessé les nerfs qui vont aux membres inférieurs et à la vessie; mais bien plus souvent le projectile, au lieu de suivre le contour du bassin, perfore ce dernier et produit une blessure de la vessie ou du rectum. Dans d'autres cas, une fracture comminutive d'une des parois latérales du bassin se complique de l'ouverture de l'articulation coxo-fémorale du même côté. Il n'est même pas rare d'observer une blessure de l'urètre soit par le projectile, soit par un fragment du pubis ou de l'ischion.

De toutes ces complications, c'est la perforation de la cavité abdominale qui est la plus dangereuse, car alors la vessie, lorsqu'elle est pleine, est facilement blessée, dans sa partie extra-péritonéale, et il en est de même de la portion d'intestin qui se trouve sur le trajet du projectile. On doit s'attendre dans ces cas à un épanchement d'urine et de matières fécales dans la cavité abdominale. Une complication également très grave, c'est l'ouverture de la cavité cotyloïde, à cause de la coxite suppurée et putride qui en est presque toujours la conséquence. Les **blessures de la vessie**, dans sa portion extra-péritonéale, sont aussi une complication redoutable. Tantôt la vessie a été effleurée par un projectile qui a perforé la symphyse ou les branches du pubis, tantôt, au contraire, la balle est restée logée dans les parois de l'organe; souvent même il perfore ce dernier de part en part, en produisant deux ouvertures dans les parois vésicales. Les coups de feu qui traversent le sacrum d'avant en arrière, déterminent, par le fait, une lésion du rectum.

La marche des lésions traumatiques de la vessie, dans sa portion extra-péritonéale, varie suivant que l'urine peut ou non s'écouler librement au dehors par la plaie. Lorsque, de la plaie vésicale, elle se répand dans le tissu conjonctif pelvien, elle s'y décompose facilement et y détermine un phlegmon putride qui entraîne la mort dans la plupart des cas. Lorsque l'intestin est aussi blessé, le phlegmon survient encore plus facilement, à cause de l'infiltration d'urine et de matières fécales dans le voisinage de la plaie. Nous avons déjà parlé des blessures du rectum par armes à feu, à propos des maladies de cette partie de l'intestin (t. II, page 505).

Le **traitement** des blessures du bassin par armes à feu doit consister essentiellement dans l'expectation. En général, les chirurgiens militaires conseillent de ne pas insister sur l'exploration des trajets terminés en cul-de-sac, et de ne pas faire de bonne heure des tentatives d'extraction du projectile. On aura soin de prescrire le repos le plus complet, et l'on modifiera la position du malade, suivant la situation de l'orifice de la plaie, afin de favoriser l'écoulement du pus. On ne négligera pas le drainage, et l'on pratiquera à temps les contre-ouvertures nécessaires. Lorsque la suppuration persiste depuis longtemps, il ne faut pas craindre par trop, comme le font certains chirurgiens, d'aller à la recherche du projectile ou de fragments osseux détachés. On explorera le trajet de la plaie à l'aide du doigt ou de sondes flexibles épaisses, ou encore au moyen de la sonde à bout de porcelaine de NÉLATON, dont l'emploi est parfois tout à fait indiqué. Lorsque le corps étranger est situé plus profondément, on doit être très prudent dans les tentatives d'extraction, pour lesquelles on se servira de longues pinces étroites, parfois recourbées.